

Toxicologia NTO

Controle de Custódia – Teste de triagem de drogas de abuso e substâncias psicoativas – Urina

Dados do paciente:

Nome:

Sexo: Masculino Feminino

Idade:

CPF:

RG:

Razões para a Execução do Teste:

- Admisional Aleatório Retorno ao serviço Pós-tratamento
 Acompanhamento Suspeita justificada Periódico

Amostra (urina isolada recente):

assistida por: _____

não assistida (sem valor legal – o laudo será emitido com quebra de cadeia de Custódia): _____

Medicamentos nos últimos 30 dias: _____

Declaração do Paciente:

Eu, abaixo assinado, consenti que uma amostra de minha urina seja colhida e testada para detectar a presença de drogas de abuso e/ou substâncias psicoativas. Eu isento todos os médicos e paramédicos, laboratórios, hospitais, clínicas, empresas, agentes e representantes envolvidos no teste de toda e qualquer responsabilidade advinda das informações contidas no resultado do meu teste. Declaro que a amostra rotulada com o número de recipiente idêntico ao do formulário foi rotulada e selada na minha presença.

Quando aplicável, autorizo, ainda, a entrega dos resultados dos referidos exames diretamente aos cuidados do Departamento de Medicina do trabalho da empresa: _____.

Assinatura

Data e Hora

Preencher somente para menores de 18 anos:

Nome do responsável:

RG:

Assinatura:

Declaração do Responsável pela Coleta (preenchimento exclusivo do laboratório):

Nome:

RG:

Eu, abaixo assinado, declaro que conferi a amostra a mim apresentada pelo paciente que assina esse formulário e apresenta o mesmo número de recipiente. Ela foi rotulada e lacrada na presença do paciente.
E declaro também que conferi o RG dos envolvidos.

Assinatura:

Data e hora: